

Helmi Kivioja, Noora Lounatjoki ja Anna Sopo AHOSS15K

**PÄIVYSTYKSELLISESTI KIPSATUN LUUNMURTUMAPOTILAAN
KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OMAHOIDON OHJAUKSESTA**

**Opinnäytetyön suunnitelma
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Huhtikuu 2018	Tekijä/tekijät Helmi Kivioja, Noora Lounatjoki & Anna Sopo
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn nimi Päivystyksellisesti kipsatun luunmurtumapotilaan kokemuksia saamastaan omahoidon ohjauksesta		
Työn ohjaaja Lehtori, TtM Timo Kinnunen		Sivumäärä 27+4
Työelämäohjaajat Pirjo Sinko & Teija Ronkainen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päivystyksellisesti kipsatun luunmurtumapotilaan kokemuksia saamastaan omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa yhteispäivystyksen henkilökunnalle päivystyksellisesti kipsattujen potilaiden kokemuksista omahoidon ohjauksen laadusta. Saatujen tulosten avulla hoitohenkilökunta voi kehittää suullisen ja kirjallisen ohjeistuksen laatua.</p> <p>Käytimme tutkimuksessamme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruun toteutimme avoimella kyselylomakkeella keväällä 2018. Tutkimukseen osallistui seitsemän päivystyksellisesti kipsattavaksi tullutta luunmurtumapotilasta. Analysoimme tutkimustulokset induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan ohjauksen koettiin olevan riittävää ja laadukasta. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjeistukseen, ja hoitohenkilökunnan todettiin olevan ammattitaitoista sekä ohjeistuksen selkeää ja ymmärrettävää. Tutkimustuloksissa nousi esille, että potilaat toivovat hoitohenkilökunnan kertovan, miten kipsin kanssa selviydytään päivittäisistä toiminnoista.</p>		
Asiasanat hyvä ohjaaminen, kipsihoito, luunmurtuma, omahoidon ohjaus, päivystys		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date April 2018	Author Helmi Kivioja, Noora Lounatjoki & Anna Sopo
Degree programme Degree programme in nursing		
Name of thesis Experiences of Emergency-Casted Bone Fracture Patients on Received Self-Care Guidance		
Instructor Lecturer Timo Kinnunen		Pages 27+4
Supervisor Pirjo Sinko & Teija Ronkainen		
<p>The purpose of the thesis was to describe the experience on self-care guidance that bone fracture patients had received in the emergency room during the casting. The aim of the thesis was to gather information for the emergency room staff on the experiences of quality in self-care guidance that the emergency-casted bone fracture patients had got. Through the results received the emergency room staff could enhance the quality of the oral and written self-care guidance.</p> <p>The thesis was implemented as a qualitative research study. The collection of material was carried out using a questionnaire in the spring 2018. Seven emergency-casted bone fracture patients participated in the research. The information gathered was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>Based on the results of the thesis the self-care guidance was experienced to be sufficient and of high-quality. The patients were satisfied with the received self-care guidance and the emergency room staff was stated to be skilled professionals. In addition, the guidance was explicit and comprehensible. From the research results emerged the patients hoped that the emergency room staff would impart on how to get by in daily activities with the cast.</p>		
Key words Good guidance, cast therapy, fracture, self-care guidance, emergency room		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LUUNMURTUMAT	3
2.1 Murtumien immobilisaatiohoito.....	4
2.2 Immobilisaatiohoidon aikaiset ongelmat.....	5
3 OMAHOIDON OHJAAMINEN	7
3.1 Suullinen ohjaus	7
3.2 Kirjallinen ohjaus	9
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	11
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	12
5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	12
5.2 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineistonkeruu.....	13
5.3 Aineiston analyysi	14
6 TUTKIMUSTULOKSET	16
6.1 Kokemukset omahoidon ohjauksesta.....	17
6.2 Omahoidon ohjauksen kehittäminen	18
7 POHDINTA	19
7.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet	19
7.2 Opinnäytetyön prosessi	20
7.3 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus	23
LÄHTEET	25
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilaan immobilisaatiohoidossa on oleellisesti otettava huomioon potilasturvallisuus ja laatu. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että jokainen potilas saa tarvitsemaansa oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa hänelle. Terveystieteiden tutkimuksessa toteutettavan toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaista. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7.)

Kuisma, Heikkilä ja Kassara (2009, 10) ovat kirjassaan määritelleet hyvän kipsin laatuvaatimukset. Murtuma täytyy immobilisoida oikeaan asentoon. Laadukas kipsi, joka on valmistettu kalkista, lasikuidusta tai muovikuidusta, sallii murtuma-alueen turvotuksen. Hyvä kipsi on oikean mittainen, ja se on pehmustettu oikein, jolloin se on riittävän tukeva, ei kiristä, paina tai hölsky, eikä rajoita vapaaksi jääneiden nivelten liikkuvuutta. Hyvä kipsi sallii henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen sekä kuntoutuksen. Hyvin tehty kipsi ei myöskään vaurioita ihoa ja ihonalaiskudoksia.

Ennen kipsin laittoa potilaalle tulee kertoa, mitä murtuneelle raajalle tehdään, miten ja minkälainen kipsi laitetaan sekä mistä materiaaleista kipsi tehdään. Potilaan ohjausta tulee jatkaa vielä kipsauksen jälkeenkin kertomalla potilaalle, miten kipsin kanssa toimitaan esimerkiksi peseytymisessä ja liikkumisessa. Potilaalle ja mahdolliselle saattajalle tulee antaa kotihoito-ohjeet aina suullisesti sekä kirjallisesti. Kipsihoidon aikaisesta kuntoutumisesta tulee myös antaa ohjausta. Erilaisilla lihas- ja nivelharjoituksilla saadaan edistettyä murtuneen raajan paranemista ja verenkiertoa, sekä estetään raajan turvotusta, lihasten surkastumista sekä nivelten jäykistymistä. (Kuisma ym. 2009, 32.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata murtuneen raajan immobilisaatiohoitoa tarvitsevien potilaiden kokemuksia päivystyspoliklinikalla saadusta omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa päivystyspoliklinikan henkilökunnalle päivystyksellisesti kipsattujen potilaiden kokemuksista omahoidon ohjaamisen laadusta. Tulosten avulla he voivat kehittää suullisen ja kirjallisen potilasohjauksen laatua. Potilas saattaa kotiutumisen jälkeen kohdata kipsin vuoksi hankalia tilanteita päivittäisissä toiminnoissa ja tarvita ohjausta niistä selvitäkseen, joten laadukkaalla ohjauksella parannetaan potilaan kyvykkyyttä selviytyä itsenäisesti kotona. Laadukas ohjaus lisää myös potilaan itsehallinnan tunnetta (Bakody 2009).

Kohderyhmäksi työelämäohjaajiemme kanssa olemme valinneet työikäiset ylä- tai alaraajamurtumien vuoksi joko kalkista, lasikuidusta tai muovikuidusta valmistettua immobilisaatiohoitoa tarvitsevat henkilöt kuntayhtymä Soiten yhteispäivystyksessä Kokkolassa. Päivystyksellisesti kipsatun potilaan omahoidon ohjaaminen opinnäytetyön aiheena kiinnosti meitä, koska itsellämme on vain vähän tietoa kipsihoitoa saavan potilaan ohjauksen laadusta. Saimme ehdotuksen työelämäohjaajiltamme selvittää päivystyksellisesti kipsatun potilaan kotihoidon ohjauksen laatua, koska hoitoajat päivystyspoliklinikalla ovat kovin lyhyet ja ohjaamiseen jää hyvin vähän aikaa.

2 LUUNMURTUMAT

Tavanomaisimpia murtuneeseen raajaan viittaavia löydöksiä ovat raajan turvotus ja kipu, joka pahenee raajaa liikuteltaessa, sekä murtuneen luun koputteluarkuus. Myös murtuneen raajan virheasento antaa viitteitä murtumasta. (Saarelma 2017.)

Luunmurtumat syntyvät luihin kohdistuneesta suorasta tai epäsuorasta väkivallasta, jossa luu joutuu alttiiksi paineelle, taipumiselle, kiertymälle tai repäisylle. Suoran väkivallan kohdentuessa luuhun luu ei kestä siihen kohdistuvaa iskun voimaa ja näin ollen murtuu. Epäsuorassa väkivallassa isku aiheuttaa murtuman luun heikoimpaan kohtaan, joka ei ole itse iskukohdassa. Murtumia voi syntyä myös ilman niihin kohdistuvaa väkivaltaa (patologinen murtuma), jonka voi aiheuttaa luuston synnynnäinen heikkous, liikkumattomuus ja muut luustosairaudet. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 696.)

Murtumat jaotellaan myös murtumatyyppin mukaan, joita ovat poikki-, viisto-, pirstale-, kierre-, repeämis-, hius tai väsymismurtumat. Murtumia voidaan kutsua myös täydellisiksi tai epätäydellisiksi murtumiksi. Aikuisiällä tapahtuneet murtumat ovat tyypillisimmin täydellisiä, joissa murtuma ulottuu luun läpi. Lapsilla taas epätäydelliset murtumat ovat tyypillisimpiä, joissa murtuma ulottuu osittain luun poikki. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 1997, 621.) Murtuma voi olla joko stabiili murtuma, jossa murtuneen luun päät ovat paikoillaan, tai epästabiili, jossa murtuneen luun päät ovat siirtyneet. Epästabiilissa murtumassa luun päät voivat siirtyä sivusuunnassa tai pituussuunnassa. Pituussuunnassa liikkuneet murtumien päät aiheuttavat joko raajan lyhenemistä, jolloin luun päät ovat siirtyneet toistensa ohi, tai raaja voi pidentyä, jolloin luun päät ovat siirtyneet etäämmälle toisistaan. (Holmia ym. 2004, 524.)

Murtumia voidaan arvioida murtumaluokituksen avulla. Sen tarkoituksena on luokitella murtuman vakavuusaste, joka helpottaa hoitomuodon valitsemista sekä antaa viitteitä potilaan ennusteesta. Murtumaluokituksista on julkaistu yli 20 erilaista versiota, mutta mikään niistä ei kuitenkaan ole vakiintunut yleisesti hyväksytyksi kliinisessä tutkimuksessa. Syynä vakiintumattomuuteen on taulukon ennustettavuuden ja toistettavuuden heikkous. Tietokonetomografia voi helpottaa murtumakohdan nivelpintojen, murtumalinjojen ja murtuman pirstaleisuuden tulkintaa paremmin kuin röntgenkuvaus. Se ei kuitenkaan välttämättä paranna murtumataulukon toistettavuutta. Radiologiset tutkimukset, nivelpinnan pykälien suuruuden arviointi, murtuman

stabiliteetti ja muut potilasta koskevat tekijät ohjaavat yksilöllisen hoitopäätöksen tekoon murtumaluokitusta useammin. (Värttinäluun alaosan murtuma (rannemurtuma): Käypä hoito -suositus 2016.)

2.1 Murtumien immobilisaatiohoito

Murtuman paranemisen tavoitteena on, että rikkoutuneen luun kappaleet saadaan anatomisesti ja liikkuvuuden kannalta mahdollisimman hyvään asentoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vamma-alueen muut vauriot, esimerkiksi lihasten, nivelten, jänneiden, hermojen sekä erityisesti vaurioituneet verisuonet ja vamma-alueen verenvuoto, vaikuttavat hoidon valintaan sekä paranemiseen. Luunmurtuman paranemiseen ja hoitoon vaikuttavat myös potilaan ikä, perussairaudet sekä fyysinen kunto, ravitsemus ja tupakointi. Nämä pitäisi ottaa huomioon ennen kipsihoidon aloittamista, koska jotkin perussairaudet, esimerkiksi diabetes ja sydän- ja verenkiertoelimistönsairaudet, lisäävät hoidon aikaista komplikaatoriskiä ja hidastavat luun paranemista. (Kuisma ym. 2009, 26–27.)

Täysin epästabiili murtuma jonka ohella on vielä laaja pehmytkudosvaurio, paranee vääjäämättä hitaammin verrattuna murtumaan, jossa pehmytkudosvauriot ovat vähäisemmät. Umpimurtumat paranevat avomurtumia nopeammin. (Kröger, Aro, Böstman, Lassus & Salo, 2010, 227.)

Kipsihoidon tavoitteena on saada palautettua potilaan terveydentila mahdollisimman pian mahdollisimman liki vammaa edeltänyttä tilaa (Hammar 2011, 365). Murtuman konservatiivisen hoidon tavoitteena on myös taata murtumalle hyvät paranemismahdollisuudet ja kivuttomuus potilaalle. Konservatiivisen hoidon keinoja ovat kipsaus, lastoitus ja muut immobilisaatiohoidot (liikkumattomuushoidot), esimerkiksi kantosidehoito. Kipsihoidon tarkoitus on tukea murtumaa luutumisen edistämiseksi. Kipsi voidaan valmistaa kalkista, lasikuidusta tai muovikuidusta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 670.) Menestyskekkään kipsihoidon lähtökohdat liittyvät itse kipsiin, kipsiin käytettävien materiaalien valintaan sekä potilaan oikeanlaiseen ohjaamiseen. Kipsihoidosta ei saa aiheutua enempää hankaluuksia potilaalle kuin hoidettavasta vammasta. (Kuisma ym. 2004, 10.)

Kipsillä toteutetun immobilisaatiohoidon periaatteena on, että molemmin puolin murtunutta luuta olevat nivelet saadaan liikkumattomiksi (Holmia ym. 2004, 701). Kuisman ym. (2009, 10) mukaan, hyvän kipsin laatuvaatimuksena on, että se pitää murtuneen kohdan oikeassa asennossa ja antaa mahdollisuuden tuoreen murtuman turvotukselle. Kipsin mitta tulee olla sopiva, eikä kipsi rajoita liikkuvaksi tarkoitettuja niveliä. Kipsi on tarpeeksi pehmustettu, tukee riittävästi, ei kiristä eikä heilu, ei haittaa päivittäisiä toimintoja liikaa sekä sallii kuntoutuksen ja potilaan omasta hygieniasta huolehtimisen. Kipsi ei saa myöskään aiheuttaa vaurioita iholle. Kipsin tulee olla esteettinen ja kestävä, sekä sen materiaalivalinnassa tulee ottaa huomioon yksilölliset, sosiaaliset ja lääketieteelliset syyt. (Kuisma ym. 2009, 10.)

2.2 Immobilisaatiohoidon aikaiset ongelmat

Immobilisaatiohoidon aikana saattaa esiintyä erinäisiä ongelmia, joita ovat esimerkiksi nivelten jäykistyminen ja lihasten osittainen surkastuminen. Näiden ongelmien minimoimiseksi pyritään immobilisoimaan mahdollisimman pieni alue, mutta kuitenkin niin, että murtuma-alue on hyvin tuettuna. Murtumiin syntyy helposti lihasten jäykistymisestä johtuvia virheasentoja. Tästä syystä kipsin pitäisi pysyä napakkana koko immobilisaatiohoidon ajan. Jos kipsi on tiukka, väärän pituinen, huonosti tehty tai murtuma jätetty virheasentoon, voi immobilisaatiosta aiheutua hermo-, verisuoni- tai jännevaurioita. Huonosti tehty kipsi voi esimerkiksi aiheuttaa halvaantumisoireita kipsattuun raajaan. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 471.)

Murtuman asento huononee yleensä ensimmäisen viikon aikana, minkä vuoksi ensimmäinen röntgenkontrolli sovitaan useimmiten noin viikon päähän kipsihoidon alkamisesta. Mahdollisen virheasennon syntyessä se voidaan korjata repositiolla eli murtuman paikalleen asettamisella. Murtuma-alueella esiintyy aina turvotusta, joka pitää huomioida kipsatessa. Tuoretta murtumaa kipsatessa pitää tehdä halkaistu kipsi, joka antaa mahdolliselle turvotukselle tilaa. Turvotuksen ehkäisy tulee aloittaa heti vamman syntyessä, koska turvotuksen takia kipsi voi puristaa ja hankaloittaa kipsatun raajan verenkiertoa ja hermotusta. Tällaiseen tilanteeseen tulee puuttua välittömästi. Muita kipsihoidon komplikaatioita ovat esimerkiksi kipu, iho-ongelmat ja laskimotukokset. (Kuisma ym. 2009, 28–29.)

Kipu liittyy aina luunmurtumiseen, mutta yleensä se vähenee kipsauksen jälkeen. Kipua hoidetaan siihen sopivalla kipulääkityksellä. Kivun jatkuessa pidempään tai sen pahentuessa tulee kivun aiheuttamaa syytä tutkia paremmin. (Kuisma ym. 2009, 29.) Kipsihoidon ongelmana saattaa esiintyä myös niin kutsuttu monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä eli CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), johon liittyy suhteettoman voimakasta kipua vammaan nähden ja hermoston häiriöitä, esimerkiksi raajan tunnon ja motoriikan ongelmia. (Jokihaara, 2017.) Tätä oireyhtymää esiintyy useimmin keski-ikäisillä naisilla, ja tavallisimmin aiheuttajana on kädessä esiintyvät murtumat ja niiden huolimaton kipsihoito. Hoitona tähän on fysioterapia ja vamma-alueen mahdollisimman varhainen mobilisaatio tehokkaan kipulääkityksen turvin. (Kuisma ym. 2009, 29.)

Iho-ongelmia voi syntyä kipsihoidon aikana, joten kipsin alle jäävän ihon kunnosta olisi tärkeä huolehtia ennen pitkän kipsihoidon aloitusta. Ihon kuivuminen, hikoilu ja kipsimateriaalit voivat aiheuttaa kutinaa ja ihottumaa. Näiden lievityksen seurauksena voi syntyä haavoja taikka hankaumia, jotka saattavat tulehtua ja aiheuttaa jopa kuolion. Potilasta täytyy tästä syystä ohjata olemaan raapimatta kipsin alta. Kipsiä tehdessä täytyy huomioida kipsattavan raajan luiset ulkonemat, ja kipsi täytyy tehdä mahdollisimman tasaiseksi, jotta sen aiheuttamilta painaumat vältetään. Ihoon ja kudoksiin kohdistuvat painaumat saattavat aiheuttaa verenkierto-häiriöitä tai kudoksen hapenpuutetta josta voi seurata tunnottomuutta, painehaavoja tai pahimmillaan kuolio. (Kuisma ym. 2009, 29.)

Laskimotukos johtuu kipsatun raajan verenkierron ja lihasten toiminnan heikentymisestä immobilisaation seurauksena (Kuisma ym. 2009, 29). Laskimotukoksen tyypillisimpiä oireita ovat turvotus, kipu ja pinnallisten laskimoiden laajeneminen. Sen ehkäisymenetelmiä ovat raajan kohoasento, kuntouttaminen ja verenohennuslääkitys. (Laskimotukos ja keuhkoembolia: Käypä hoito -suositus 2017.)

3 OMAHOIDON OHJAAMINEN

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää antamaan riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa potilaalle, jotta potilas voisi itsekkin osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5–6). Terveystieteiden tutkimuksessa potilasohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa, eikä potilaan saama hoito ole tyydyttävää, jos siihen ei sisällytetä ohjausta osana koko hoitoprosessia (Laakkonen 2004). Tässä osiossa käsittelemme potilaalle annettua suullista ja kirjallista ohjausta.

3.1 Suullinen ohjaus

Hyvässä ohjauksessa on tärkeää selvittää, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää, mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänen tapansa omaksua asia. Ohjaustarvetta selvitettyä potilasta voidaan pyytää kertomaan hänen sairaudestaan, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista, sekä mitä hän ohjaukselta odottaa. Ohjauksen tulee perustua potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoitoon liittyen, parantaen potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutuneisuutta. Onnistunut ohjaus rakentuu riittävien taustatietojen pohjalta. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutkertaisen. Vuorovaikutustilanteeseen tulee olla luottamuksellinen ja turvallinen, myös sellaisissa tilanteissa, joissa potilaan ja hoitajan ajattelutavat eivät kohtaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47–48.)

Alanen (2002) tuo pro gradu -tutkielmassaan esille, että potilaat kokivat tiedonsaannissa olevan kehitettävää vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa. Tutkimuksessa ilmeni, että ensisijainen tiedonsaantikeino on vuorovaikutussuhde lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa, mutta ohjaukseen käytettävä aika oli liian vähäinen. Potilaiden kokemusten perusteella ohjauksen ymmärrettävyydessä olisi myös parannettavaa ja asioista tulisi puhua kansankielisemmin. (Alanen 2002, 48–49.)

Ohjaukseen liittyvien tavoitteiden tulisi olla realistisia asiakkaan senhetkisen elämäntilanteen mukaan, koska epärealistiset tavoitteet heikentävät potilaan fyysistä sekä psyykkistä hyvin-

vointia (Kyngäs ym. 2007, 75). Jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä, tulisi potilaan kanssa suunnitella yhdessä ohjauksen ajankohta ja sisältö. Ohjauksen ajankohtaa ei saa jättää kotiinlähdön kiireeseen, koska ohjattavan ajatukset ovat jo todennäköisesti muualla. Ohjaus koetaan haastavaksi erityisesti päivystyksissä, joissa on kiirettä ja potilaiden vaihtuvuus runsasta (Bakody 2009).

Jokaisella ohjattavalla on oma tapansa sisäistää ohjauksen sisältö. Ohjauksen ajankohta on yleensä oikea silloin, kun ohjattava esittää kysymyksiä ohjaukseen liittyen, jolloin voidaan olla varmoja, että potilas on valmis vastaanottamaan tarvittavia tietoja. Jos ohjattava asia on potilaalle uusi, olisi hyvä, jos ohjaustilanteita olisi useampi ja potilaalle jäisi aikaa miettiä ohjauksessa läpi käytyjä asioita. Itsenäisen pohdinnan kautta tuleviin kysymyksiin voitaisiin palata seuraavan ohjauksen yhteydessä. (Eloranta & Virkki 2011, 32.)

Kuitenkin Lipposen (2005) tutkimuksessa nousi esille, ettei useinkaan ohjaustilanteessa keskustella yhdessä potilaan kanssa ohjauksen tavoitteista, eikä potilaan toiveita ja kokemuksia ohjaukseen liittyen kysytty. Samaisen tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, ettei ohjaukseen käytettävä aika ollut riittävää, sekä ohjaukseen tarvittavat tilat välineistö oli epäasianmukaista. Valitettavasti päivystyksellisesti tehdyissä toimenpiteissä ei juurikaan voida vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan huomioden, milloin potilas olisi valmis vastaanottamaan tietoa, vaan tarvittava ohjaus annetaan heti toimenpiteen jälkeen. (Lipponen 2005.) Myöskin Grönqvistin ja Marttilan (2010) opinnäytetyössä nousi esille, että yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen mutta hoitajien ohjaukseen käytetty aika oli liian niukka. Potilaat olivat kuitenkin kokeneet, että olivat saaneet riittävää tietoa ja ohjausta sairauteensa liittyen. Potilaat olivat myös sitä mieltä, että kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat välttämättömät kotona pärjäämisen kannalta. (Grönqvist & Marttila 2010, 32–34.)

Potilaalle annetun ohjauksen tulisi olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Potilasta ohjaavalla henkilöllä on velvollisuus päivittää tietojaan ja pysyä ajan tasalla uusista tutkimustiedoista. (Kääriäinen 2008, 12–13.) Ohjausta antavalla henkilöllä on vastuu omasta toiminnastaan. Ohjauksen täytyy olla ammattimaista. Ohjausta antavan henkilön tulee osata soveltaa lukemaansa näyttöön perustuvaa tietoa käytännön hoitotyöhön ja soveltaa sitä ohjaamisessa potilaan tiedot, toiveet, valmiudet ja elämäntilanne huomioon ottaen. (Kyngäs ym.

2007, 55.) Hoitajan tarkoituksena ohjauksessa on myös motivoida ja rohkaista potilasta. Potilas on kuitenkin viime kädessä oman elämänsä asiantuntija ja vastuussa omasta toiminnastaan. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

Potilasta tulee informoida ennen kipsin laittoa, mitä murtuneelle raajalle tehdään, minkälainen ja miten kipsi tehdään sekä mitä materiaalia kipsissä käytetään. Riittävästä kipulääkityksestä tai puudutuksesta tulee huolehtia ennen kipsin laittoa, ja näistä on kerrottava potilaalle. Kipsauksen jälkeen potilaalle tulee ohjata kipsin kanssa toimiminen ja kulkeminen. Tärkeää on, että kotihoito-ohjeet annetaan aina suullisesti sekä kirjallisesti. Kotihoito-ohjeet olisi hyvä antaa myös potilaan omaisille. Kotihoito-ohjeiden tulisi sisältää tietoa vähintäänkin kipsatun raajan tarkkailusta, asentohoidosta sekä lihas- ja nivelharjoitusten merkityksestä. Ohjeessa tulisi ilmetä myös tietoa kipsin hoidosta, kipsatun raajan käytöstä, sekä siitä, missä tilanteissa tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon ja sen yhteystiedot. Ohjeeseen voidaan myös kirjata mahdollinen kontrolliajankohta ja -paikka. (Kuisma ym. 2009, 32.)

Raajan tarkkailussa kiinnitetään huomiota sormien ja varpaiden liikkuvuuteen, ihon mahdollisiin lämpötila- ja värimuutoksiin sekä tuntoaistiin. Myös kipsatun raajan turvotusta ja kipua tulee seurata, ja näitä voidaan tehokkaasti vähentää ja ehkäistä asentohoidon avulla. Lihas- ja nivelharjoitteilla on suuri merkitys vamman paranemisessa, sillä niillä ylläpidetään raajan verenkiertoa, vähennetään turvotusta ja ehkäistään lihasten surkastumista. Kipsatun raajan lihaksia tulee harjoittaa vuoroin jännittämällä ja rentouttamalla niitä. Kipsin hoitoon liittyen potilaalle tulee kertoa, kuinka kauan kipsin kovettuminen kestää, miten kipsi materiaali kestää vettä ja rasitusta sekä miten kipsi tulisi suojata pesujen aikana. Potilasta tulee myös kieltää raapimasta kutiavaa ihoa kipsin alta, jotta välttyttäisiin ihorikoilta, sekä potilaalle täytyy kertoa, missä immobilisaatiohoitoon liittyvissä asioissa tulisi olla yhteydessä lääkäriin. (Kuisma ym. 2009, 32.)

3.2 Kirjallinen ohjaus

Nykyään suullisesti annettavaan ohjaukseen käytettävä aika on hyvin rajallista, joten kirjallisten ohjeiden merkittävyys on tärkeässä roolissa, jotta potilas saa tarvitsemansa tiedon tilanteen vaatimalla tavalla (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66). Kirjallisia potilasohjeita kirjoitettaessa on tärkeää muistaa, mikä ohjeen tavoitteena on ja kenelle se on kohdennettu. Yleisesti

potilasohjeiden tavoitteena on potilaan oikeaoppinen ohjaaminen ja potilaan oleellisen tiedon saaminen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35.) Kirjallisten ohjeiden on tarkoitus kertoa saadusta hoidosta ja antaa ohjeita kotiin. Ohjeen pitäisi olla kaikille soveltuva ottaen huomioon ohjeiden saavan henkilön tarpeet ja tiedot. Potilaiden mukaan kirjalliset ohjeet täydentävät suullisesti saatuja ohjeita ja ovat hyvänä muistutuksena kotona, joista voi tarpeen tullen tarkastaa hoitoon liittyviä tietoja. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Potilasohjetta laadittaessa tulee ottaa huomioon, että lukija on maallikko, joten ohjeessa täytyy käyttää yleiskielisiä sanoja eikä hoitotyössä käytettävää vaikeasti ymmärrettävää sanastoa. Ohjeiden tulisi sisältää myös mahdollisimman helposti ja yhdellä lukemalla ymmärrettäviä lauseita. Ohjeiden järjestykselläkin on oma merkityksensä ohjetta laadittaessa, mitä ohjeella on tarkoitus tuoda esille. Yleensä potilasohjeessa on hyvä aloittaa hoidon kannalta merkityksellisemmästä asiasta ja edetä aina vähemmän merkityksellisempään asiaan, jotta lukija saa oleelliset tiedot jo ohjeen alun luettuaan. Tällä saadaan myös luotua arvostusta ohjeen lukijaa kohtaan. Ohjeen alussa voidaan tuoda potilaan oma hyöty julki, sillä se usein koetaan houkuttelevimpana perusteluna toimia annettujen ohjeiden mukaan. (Hyvärinen 2005, 1769–1770; Lipponen ym. 2006, 67.)

Potilasohjeissa myös kuvien käytöllä on merkitystä. Kuvat herättävät mielenkiintoa ja auttavat lukijaa ymmärtämään tekstin tarkoituksen. Kuvatekstit auttavat kuvien luentaa, ja kuviin kannattaa aina laittaa kuvatekstit. Kuvilla täytyy myös olla tarkoitus ohjeessa, ja ne täytyy valita muistaen tekijänoikeudet ja sen, etteivät kuvat loukkaa ketään. (Lipponen ym. 2006, 67.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kipsihoitoa tarvitsevien potilaiden kokemuksia päivystyspoliklinikalla saadusta omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa päivystyspoliklinikan henkilökunnalle päivystyksellisesti kipsattujen potilaiden kokemuksista omahoidon ohjaamisen laadusta. Tulosten avulla he voivat kehittää suullisen ja kirjallisen potilasohjauksen laatua.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisia kokemuksia päivystyksellisesti immobilisaatiohoitoa saaneilla potilailla on saamastaan omahoidon ohjauksesta?
2. Kuinka immobilisaatiohoitoa saavien potilaiden omahoidon ohjausta voitaisiin kehittää työyksikössä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2017 aiheen valinnalla ja yhteydenotolla työelämän yhteistyökumppaniin. Aihe opinnäytetyöhömmme tuli yhteistyössä yhteistyökumppanimme kanssa työelämlähtöisesti. Pohdimme yhdessä aihetta kuunnellen työelämän toivomuksia tutkimuksen aiheesta. Saimme ehdotuksen yhteistyökumppaniltamme selvittää päivystyspoliklinisesti kipsatun potilaan kotihoidon ohjauksen laatua, koska hoitoajat päivystyspoliklinikalla ovat kovin lyhyet ja ohjaamiseen jää hyvin vähän aikaa. Ohjauksella on suuri merkitys, jotta kotona toteutuva kipsihoito olisi mahdollisimman laadukasta ja hoidon aikaiset komplikaatiot pystyttäisiin ehkäisemään mahdollisimman hyvin. Tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelma muovautuu ja sitä voidaan muuttaa olosuhteiden mukaan (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160).

5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Opinnäytetyömmme toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystykseen, yhdessä yhteispäivystyksen osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on osa Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soitea. Soite-kuntayhtymässä jäsenkuntia on kymmenen ja sen väestöpohjaan kuuluu noin 78 000 henkilöä. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on lähin päivystävä sairaala noin 200 000 asukkaalle. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä on useiden erikoisalojen päivystys vuorokauden ympäri. Tutkimuksemme kohderyhmänä ovat työikäiset ylä- tai alaraajamurtumien päivystyksellistä kipsihoitoa tarvitsevat potilaat, jotka tulevat yhteispäivystykseen saamaan kipsihoitoa. Kohderyhmämme valikoitui yhteistyössä yhteispäivystyksen osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruussa keskitytään aineiston laatuun eikä määrään, ja aineisto kerätään sieltä, missä tutkittavana oleva ilmiö esiintyy. Laadullisen tutkimuksen aineisto on riittävä, kun saturaatio eli aineiston kyllästeisyys täyttyy ja aineisto alkaa toistamaan itseään, eikä uutta tutkimusaineistoa tule esille. Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmään valikoidaan henkilöitä, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kankkunen & Veh-

viläinen-Julkunen 2013, 110; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216.) Opinnäytetyösämme aineisto koottiin kokonaisvaltaisesti luonnollisista ja todellisista tilanteista. Kohderyhmä on valittu tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisesti.

5.2 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineistonkeruu

Opinnäytetyömme lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Valitsimme tutkimuksemme lähestymistavaksi laadullisen tutkimuksen ja avoimen kyselylomakkeen käytön, koska laadullisessa tutkimuksessa tutkittavasta aiheesta saadaan selville mahdollisimman kokemuspohjaista ja rikasta tietoa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkia jotakin ilmiötä mahdollisimman todenmukaisesti ja kokonaisvaltaisesti, sisältäen ajatuksen todellisuuden moninaisuudesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tietyn teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan kerätyn aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen analysointi. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157–160).

Tutkimuksen aineiston keruun toteutimme kyselytutkimuksena avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet (LIITE 1) jaettiin saatekirjeen (LIITE 2) kanssa tiedonantajille yhteispäivystyksessä hoitajan toimesta kipsaustilanteen jälkeen. Kyselylomakkeiden jako sovittiin yhteistyössä yhteistyökumppaniemme kanssa ja asiasta tiedotettiin päivystyksessä työskenteleville hoitajille. Tiedonantajat palauttivat täytetyt lomakkeet suljetussa kirjekuoressa yhteispäivystyksessä sijaitsevaan suljettuun palautuslaatikkoon tai lähettivät ne osoitteella ja postimerkillä varustetussa kirjekuoressa yhteispäivystykseen. Saturaation täytyttyä lopetimme kyselylomakkeiden jakamisen. Kyselylomaketta esitestasimme kolmella kohderyhmään kuuluvalla testihenkilöllä, joilla on kokemusta päivystyksellisesti annetusta kipsihoidosta, ja muokkasimme lomaketta saamamme palautteen perusteella yhdessä yhteispäivystyksen osastonhoitajan kanssa. Kyselylomakkeet saimme jakoon tammikuussa 2018.

Avoin kysely on yksi laadullisen tutkimuksen menetelmistä. Avoin kyselylomake sisältää kysymyksen, jonka alle jätetään tyhjää tilaa, johon vastaaja voi omin sanoin kirjoittaa, mitä hän todellakin haluaa kahlitsematta vastaajaa valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Avoimessa kyselylomakkeessa vastaajalla on mahdollisuus osoittaa, mikä on hänelle tärkeää. Avoimessa kyselylomakkeessa etuna on myös se, että vastaaja uskaltaa todennäköisemmin vastata kyselyyn todenmukaisemmin kuin haastateltaessa, kun hän saa tehdä sen anonyymisti, eikä hänellä ole

tarvetta antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. Avoimen kyselylomakkeen käytöllä säästetään myös tutkijoiden aikaa ja vaivaa, sekä tavoitetaan useampia tutkittavia lyhyessäkin ajassa. Heikkoutena avoimen kyselylomakkeen käytössä voidaan pitää sitä, että ei voida olla varmoja, ymmärtääkö vastaaja kysymykset oikein ja vastataanko kysymyksiin huolellisesti ja rehellisesti. Kyselyssä on myös mahdollisuus katoon. Avoimen kyselylomakkeen tekeminen vaatii aikaa ja taitoja tutkijoilta, jotta siitä saadaan mahdollisimman hyvä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 190–201).

Valitsimme avoimen kyselylomakkeen käytön haastattelun sijaan siksi, että mahdollisesti päivystykseen tulevat kipsihoitoa tarvitsevat potilaat voisivat olla meille tuttuja henkilöitä. Näin turvaamme tutkittavien anonymiteetin ja tutkittavien on helpompi vastata todenmukaisemmin kysymyksiin.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoimme kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä on mahdollista analysoida aineistoa kuvaillen sitä samalla. Aineiston analysoinnilla on tarkoitus ymmärtää, minkälaisia merkityksiä tiedonantajat antavat tutkittavalle asialle. Analysoinnissa pyritään säilyttämään tiedonantajien kokemusten aitous. (Krause & Kiikkala 1996, 117.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä analysointia, tai se voi olla deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivisen sisällönanalyysin pyrkimyksenä on luoda teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta, etteivät aikaisemmat tiedot, havainnot tai teoriat ohjaa analyysiä. Aineiston raportointi perustuu kerättyyn aineistoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–167.) Induktiivinen aineiston analyysi on kolmivaiheinen, ja siihen kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Valitsimme opinnäytetyön analysointiin induktiivisen analyysin, koska siinä aineisto perustuu tutkittavien kokemuksiin tutkittavasta asiasta eikä teorian tietoon. Halusimme tutkimuksessamme tuoda esille tutkittavien aitoja kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Aineiston pelkistämisessä aineisto pelkistetään käsittein ja kirjoitetaan ylös, jonka jälkeen aineistosta etsitään samanlaisuuksia tai erilaisuuksia, jotka yhdistetään kategorioittain ja nimeetään mahdollisimman sisältöä kuvaavalla nimellä. Pelkistetyn aineiston samansisältöiset ilmaukset yhdistämällä luodaan alakategoriat ja alakategorioita yhdistämällä muodostetaan yläkategoriat, jotka nimetään sisältöään kuvaaviksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.)

Teoreettisten käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa tutkija muodostaa käsitteiden avulla kuvauksen tutkittavasta asiasta. Tuloksissa kuvataan luokittelujen avulla muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt. Tutkimustulosten tekemisessä tutkijalla on tarkoituksena ymmärtää, mitä asiat tutkimukseen vastanneelle merkitsevät. Tutkijalla on pyrkimyksenä ymmärtää tutkimukseen vastanneiden näkökulmaa kaikissa analyysin vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.)

Vastauksia saimme seitsemän kappaletta. Aineiston keruun jälkeen kävimme saamamme vastauslomakkeet huolellisesti läpi ja kirjoitimme aineiston puhtaaksi. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa kertyi noin kaksi A4-sivua rivivälillä 1,5 ja fontilla 12. Ryhmittelimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme pohjaten ja pelkistimme ne yksinkertaisin ilmauksin. Jatkoimme analyysin tekemistä etsimällä samansisältöisiä ilmauksia ja yhdistimme ne alaluokiksi, joista muodostimme yläluokan. Analyysiä tehdessämme pyrimme ymmärtämään kyselyyn vastanneiden näkökulmaa mahdollisimman hyvin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä osiossa kuvaamme opinnäytetyön tutkimustulokset tutkimuskysymyksittäin. Olemme valinneet muutamia autenttisia lainauksia tutkimustulosten tueksi. Analyysitaulukossa (KUVIO 1) olemme kuvanneet autenttisia lainauksia edeten alaluokkien avulla pääluokkaan.

Autenttinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
"Tietoa tuli hyvin ja ne käytiin kohta kohdalta läpi. Koin ohjauksen riittäväksi"	Kohdennettu ja riittävä ohjaus	Asianmukainen ohjaus	Kipsin kanssa pärjääminen
"Ohjaus oli erittäin selkeää ja koin saavani tarvittavat ohjeet."	Selkeä ja tarpeellinen tiedonsaanti		
"Ohjeet oli selkeät, joten koin pärjääväni hyvin."	Selkeä ohjeistus		
"Ohjaustilanne oli rauhallinen."	Rauhallinen ohjaustilanne	Hoito-ohjeiden monipuolisuus	
"Kotihoito-ohjeet oli hyvin selitetty ja kirjalliset sai muistutukseksi."	Selkeä ohjeistus, kirjalliset ohjeet muistin tueksi		
"Ennen kipsausta ja sen aikana kerrottiin koko ajan, mitä on tarkoitus tehdä ja miksi"	Perusteltu kipsihoito		
"Ohjeet käytiin kohta kohdalta läpi ennen kotiin pääsyä, sekä varmistettiin, että olin ymmärtänyt ne."	Ohjeiden ymmärrettävyyden varmistaminen		
"Eri vaihtoehtoista kerrottiin ja miksi päädyttiin siihen mikä lopulta laitettiin. Antoi luotettavan ja asiantuntevan vaikutelman."	Vaihtoehtojen perustelu ja päätyminen tiettyyn materiaaliin		
"Sain myös käden jumpaohjeet ja ohjeet, milloin täytyy ottaa yhteyttä lääkäriin."	Hoito-ohjeiden monipuolisuus		
"Ehkä ennakkointia siihen miten vaikeaa pukeutuminen ja kengännauhojen sitominen voi olla."	Päivittäisten toimintojen haastavuus		

KUVIO 1. Analyysitaulukko

6.1 Kokemukset omahoidon ohjauksesta

Tutkimustulosten mukaan kaikki tutkimukseen vastanneista kipsihoitoa saavista potilaista kokivat omahoidon ohjauksen riittäväksi. Tuloksista tuli esille, että ohjaus oli kattavaa ja ohjauksessa tuli oleelliset asiat esille, miten kipsin kanssa toimitaan. Ohjauksen koettiin olevan myös selkeää ja ymmärrettävää, ohjeet kerrottiin yleiskielellä käyttämättä hankalasti ymmärrettävää ammattitermistöä, sekä ohjeet käytiin kohta kohdalta läpi.

Ohjaus oli erittäin selkeää, koin saavani tarvittavat tiedot.

Tietoa tuli hyvin ja ne käytiin kohta kohdalta läpi. Koin ohjauksen riittäväksi.

Hyvin riittävää. Ennen kipsausta ja sen aikana kerrottiin koko ajan mitä on tarkoitus tehdä ja miksi.

Vastauksista kävi ilmi, että kipsihoitoa saavat potilaat saivat ohjausta niin suullisesti kuin kirjallisesti. Osa vastaajista koki, että kirjalliset ohjeet olivat aiemmin saadun suullisen ohjeistuksen tukena ja hyvänä muistutuksena ja myös omaisten oli helppoa lukea kotiin annettuja ohjeita saaden tietoa kipsihoidon toteutumisesta kotona. Kirjalliset ohjeet koettiin myös yksinkertaisina ja selkeinä. Ohjeissa tuli tulosten mukaan kipsatun raajan tarkkailuohjeet sisältäen ohjeen, milloin tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon, kuntoutusohjeet ja kipsinhoito-ohjeet. Ohjaustilanne koettiin rauhallisena ja ohjaus oli ammattimaista sekä luotettavaa. Hoitajalla oli kokemusten mukaan aikaa, eikä mahdollinen kiire näkynyt kipsaustilanteessa ja omahoidon ohjauksessa. Tulosten mukaan kaikki kipsihoitoa saaneet potilaat kokivat pärjäävänsä kotona hyvin kipsin kanssa saamiensa ohjeiden tuella, kun kotiin oli annettu myös kirjalliset ohjeet.

Antoi luotettavan ja asiantuntevan vaikutelman.

Kotihoito-ohjeet oli hyvin selitetty ja kirjalliset sain muistutukseksi.

Hyvät ja yksinkertaiset ohjeet.

Ohjaustilanne oli rauhallinen. Sain myös käden jumppaohjeet ja ohjeet, milloin tyyttää yhteyttä lääkäriin.

6.2 Omahoidon ohjauksen kehittäminen

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksen työelämän yhteistyökumppani toivoi, että toisimme työssämme esiin potilaiden kokemuksia ja ajatuksia omahoidon ohjeistuksen kehittämisestä. Tutkimustulosten perusteella ohjauksen koettiin olevan riittävää ja laadukasta, tutkimukseen vastanneilla potilailla ei ollut kehittämisideoita omahoidon ohjaukseen liittyen. Yksi vastaajista kuitenkin koki hyvistä ohjeista huolimatta yllättävänä, kuinka haastavaa päivittäisistä toiminnoista kipsin kanssa selviäminen itsenäisesti oli ja olisi toivonut ohjeistuksessa tämän tulevan esille. Asiasta ei kuitenkaan tarvitsisi olla kirjallisia ohjeita, vaan suullisesti kertominen potilaalle siitä, miten hankalaa esimerkiksi kipsatun käden kanssa päivittäiset toimet esimerkiksi pukeutuminen, siivoaminen tai suihkussa käyminen yksin, saattavat olla. Kipsatun raajan kanssa kotona oleminen ei välttämättä onnistu yksin, vaan läheisten apu ja tuki on tällaisessa tilanteessa tärkeää.

En osaa sanoa mitä muuta olisin tarvinnut.

Ehkä ennakointia siihen, miten vaikeaa pukeutuminen ja kengännauhojen sitominen voi olla.

7 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme opinnäytetyömme tuloksia sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Pohdimme myös koko opinnäytetyömme prosessia ja sen vaikutuksia omaan oppimiseemme. Pohdinnassa käsittelemme myös työmme etiikkaa ja luotettavuutta.

7.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata päivystyksellisesti kipsatun potilaan kokemuksia saamastaan omahoidon ohjaamisesta sekä selvittää, miten päivystyksellisesti kipsatun potilaan omahoidon ohjaamista voitaisiin kehittää työyksikössä. Haimme avoimella kyselylomakkeella vastauksia näihin kysymyksiin ja tutkimustulosten pohjalta toivomme, että työyksikkö voi kehittää omaa toimintaansa suullisessa ja kirjallisessa omahoidon ohjauksessa.

Terveystieteiden tutkimuksissa potilasohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa, eikä potilaan saama hoito ole tyydyttävää, jos siihen ei sisällytetä ohjausta osana koko hoitoprosessia (Laakkonen 2004). Potilasohjauksella pyritään parantamaan potilaan kykyä ja halua ottaa vastuuta omasta terveydestään ja tällä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007). Saamiemme vastausten perusteella potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja sen riittävyyteen. Potilasohjaus vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta monia eri taitoja ja kykyä huomioida potilaan kyky vastaanottaa ohjausta ja osallistaa häntä omaan hoitoonsa. Terveystieteiden tutkimuksissa on velvollisuus kehittää ja ylläpitää omaa tietotaitoaan sekä olla ajan tasalla uusimmista hoito-ohjeista. Vaikka päivystyksessä hoitoajat ovat hyvin lyhyet, olivat kyselymme vastanneet potilaat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kokivat myös, ettei mahdollinen kiire näkynyt hoitoa antaneen toiminnassa.

Grönqvist ja Marttila (2010) ovat opinnäytetyössään tutkineet potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksessa nousi esille, että yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta hoitajien ohjaukseen käytetty aika oli liian niukka. Potilaat olivat kuitenkin kokeneet, että he olivat saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta sairauteensa liittyen. Suurin osa potilaista oli ollut myös sitä mieltä, että kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat välttämättömät kotona pärjäämisen kannalta. (Grönqvist & Marttila 2010, 32–34.)

Tulostemme perusteella potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja kokivat, että siihen käytetty aika oli riittävää, eikä mahdollinen kiire näkynyt hoitajan omassa toiminnassa. Kaikille potilaille oli jaettu myös kirjalliset kotihoito-ohjeet, ja potilaat kokivatkin ne hyvänä muistin tukena, ja niihin pystyi aina palata mieltä askarruttavissa asioissa.

Potilasta tulisi opastaa myös päivittäisistä toimista selviytymiseen, joka on hankalaa erityisesti alaraajakipsatuille potilaille. Potilaan kanssa olisi hyvä käydä läpi tilanteita, joissa kipsin kanssa toimiminen voi olla hankalaa, kuten wc-käynnit ja pesutilanteet. (Ahonen ym. 2012, 672.) Hoitajan tulisi antaa ohjausta myös liikkumiseen ja pukeutumiseen liittyen (Kuisma ym. 2009, 32). Vastaustulosten perusteella kaikki tutkimukseen osallistuneet päivystyksellisesti kipsatut potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa suulliseen ja kirjalliseen omahoito-ohjaukseen. Yksi tutkimukseen osallistunut toi vastauksessaan esille pieniä puutteita, kuten päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti selviämisen hankaluuden ohjaamisen puutteen. Vastaaja ei ollut osannut varautua siihen, kuinka haastavaa omatoimisesti pärjääminen kipsin kanssa kotona on ja olisi toivonut ohjausta tähän, jotta olisi osannut varautua näihin haasteisiin.

Jatkotutkimuksena saman kaltainen tutkimus voitaisiin toteuttaa eri aineistonkeruumenetelmällä, kuten haastattelemalla, mahdollisesti rikkaampien vastaustulosten toivossa. Vaihtoehtoisesti aineiston keruu voitaisiin suorittaa kipsihoitoa toteuttavalla hoitohenkilökunnalla. Hoitajat itse ovat vaihtelevasti havainneet puutteellisuutta omahoidonohjauksessa, jolloin heiltä kerätty tutkimustieto voisi olla poikkeava potilailta kerättyyn tutkimustietoon verraten. Hoitohenkilökunnalla voisi olla erilainen näkökulma kipsihoidosta kuin potilailla, minkä johdosta hoitajat saattavat havaita omahoidon ohjauksessa ja sen mahdollisessa kehittämisessä eri asioita kuin potilaat.

7.2 Opinnäytetyön prosessi

Aloitimme opinnäytetyön aiheen etsimisen katsomalla mahdollisia aiheita opinnäytetyöaihepankista. Emme kuitenkaan löytäneet sellaista aihetta, joka olisi ollut kaikille ryhmän jäsenille ominainen, joten yhteisen pohdiskelun jälkeen otimme yhteyttä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystykseen kysyäksimme mahdollisesta opinnäytetyön aiheesta. Kävimme keskustelemassa työelämän yhteistyökumppaneidemme kanssa ja pohdimme yhdessä aihetta,

josta he haluaisivat opinnäytetyön tehtävän. Hetken pohdinnan jälkeen he tarjosivat tutkimusaihetta ryhmällemme. Annettu aihe oli kaikille ryhmämme jäsenille mielenkiintoinen, joten otimme sen vastaan.

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, sillä se tuntui ominaisimmalta jokaiselle ryhmämme jäsenelle. Aineiston keruuta emme halunneet suorittaa haastattelumenetelmällä, sillä koimme sen heikentävän anonymiteettiä, sekä olevan aikaa vievää niin meille tutkijoille kun tutkittaville. Lisäksi haastattelussa potilasvastaukset eivät välttämättä ole yhtä totuudenmukaisia kuin kyselylomakkeessa. Koimme anonymiteettiä heikentävänä tekijänä lisäksi sen, että Kokkola on pienehkö kaupunki ja todennäköisesti osa kipsihoitoa saavista potilaista olisi voinut olla meille tuttuja henkilöitä ja osa vastauksista olisi voinut olla epävalideja.

Sovimme tapaamisen työelämän yhteistyökumppaneidemme kanssa, jotta voisimme ryhmänä keskustella heidän toivomuksistaan ja odotuksistaan opinnäytetyötämme koskien, jotta saisimme tehtyä heille mahdollisimman yhteneväisen ja heidän tarpeitaan vastaavan opinnäytetyön jolloin tutkimustulokset olisivat hyödynnettävissä työyksikössä. Opinnäytetyömme valmistuessa aloimme miettimään, että haastatteleamalla potilaita olisimme todennäköisesti saaneet kuitenkin nopeammin saturaation täyttymään ja rikkaampia vastauksia, kun olisimme voineet haastattelun edetessä tarkentaa kysymyksiämme ja täten saaneet monipuolisempia vastauksia. Avoimeen kyselylomakkeeseen vastatessa potilaalta saattaa jäädä kirjoittamatta tai huomioimatta oleellisia asioita joita hän haluaisi tuoda vastauksissaan esille ja joita haastatteleamalla hän olisi voineet kertoa.

Haasteena opinnäytetyömme prosessissa koimme aikataulujen yhteensovittamisen sekä ryhmäläistemme kesken että työelämän yhteistyökumppaneidemme kanssa. Tapaamisajat venyivät pitkien aikavälien päähän, ja tämän vuoksi aikataulussa pysyminen oli haasteellista. Lisäksi tapaamisillamme työelämän yhteistyökumppaneiltamme ja ohjaavalta opettajaltamme tuli uusia muutosehdotuksia, ja jouduimme muokkaamaan muun muassa saatekirjettämme ja kyselylomakettamme useaan otteeseen, minkä vuoksi emme enää pysyneet suunnitellussa aikataulussa. Kuitenkin yhteistyö työelämäohjaajiemme kanssa sujui hyvin, ja he jaksoivat motivoitua ja kannustaa meitä loppuun saakka tässä prosessissa.

Kun lomakkeet oli saatu muokattua kaikkia osapuolia tyydyttäväksi, laitoimme ne jakoon yhteispäivystyksen kipsisaliin. Vastauksia tuli pitkällä aikavälillä niukasti, emmekä saaneet tarpeeksi

tutkimustietoa tai saturaatiota täyttymään. Uskomme, että tutkittavien vapaus vastata kyselyymme kotona ja postittaa vastaus yhteispäivystykseen saattoi osaltaan vaikuttaa vastausten määrän vähäisyyteen. Huomasimme tilanteen, että vastauslomakkeita oli jaettu useita, mutta vastauksia oli tullut hyvin vähän, joten päädyimme siihen, että tutkittavat vastaisivat kyselyymme heti kipsauksen jälkeen ja jättävät täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa hänet kipsanneelle hoitajalle, joka laittoi kuoret niille tarkoitettuun palautuslaatikkoon.

Olimme asian tiimoilta myös yhteydessä työelämän yhteistyökumppaneihimme ja ehdotimme heille, että voisimme kyselylomakkeita yhteispäivystyksen lisäksi terveystieteiden vastainottoihin, jossa osa päivystyksellisesti kipsatuista potilaista käy kontrollissa ja kipsin poistossa. Yhteistyökumppanimme ehdotuksesta veimme kuitenkin osan kyselylomakkeista kirurgian poliklinikan kipsisaliin, josta saimme muutamia vastauksia lisää. Kirurgian poliklinikalla kyselylomakkeita jaettiin potilaille, jotka tulivat kipsattaviksi ns. päivystyksellisesti muualta kuin yhteispäivystyksestä.

Mietimme myös ohjaavan opettajamme kanssa mahdollisuutta muuttaa tutkimusmetodiamme tutkittavien haastattelemiseen tai tekemällä kipsaaville hoitajille kyselyn heidän kokemuksistaan kipsihoitoa saavien potilaiden omahoidon ohjaamisesta, koska vastauksia oli palautettu niin vähän. Tutkimusmetodin muuttaminen tai tutkimuksen kohdehenkilöiden muuttaminen olisi vaatinut uuden tutkimusluvan hakemisen ja näin ollen pitkittänyt taas omalta osaltaan opinnäytetyömme edistymistä. Päädyimme käymään läpi saamamme vastaukset ja totesimme niiden olevan mielestämme riittävät ja aloitimme aineiston analysoimisen. Opimme tämän myötä myös siitä, että tutkimukseen voidaan tarvittaessa käyttää myös muuta aineiston keruumenetelmää, jos tilanne niin vaatii.

Aloitettuumme analysoimaan vastauslomakkeita huomasimme saturaation täyttyvän vähäisestä vastausmäärästä huolimatta. Vastauksia saimme kaikkiaan seitsemän kappaletta. Analyysin aloitimme lukemalla kaikki vastauslomakkeet läpi, jonka jälkeen ryhmittelimme vastauslomakkeet yhteneväisten vastausten perusteella. Ryhmittelyn koimme suhteellisen yksinkertaiseksi lähes yksipuolisten ja samankaltaisten vastausten vuoksi. Ryhmittelyn jälkeen vastaukset pelkistettiin, jaettiin alaluokkiin ja siitä yhteneväiseen pääluokkaan. Tämä vaihe oli opettavainen meille kaikille, koska emme ennen olleet tehneet tällaista tutkimusta.

Pitkin opinnäytetyömme tekoa olemme oppineet paljon, esimerkiksi joustamaan, käyttämään lähdekritiikkiä ja etsimään tietoa eri tietolähteistä. Lisäksi olemme oppineet tiiviistä ryhmä- ja yhteistyötä. Työhömmme olemme saaneet eri näkökulmia ryhmäläistemme erilaisten aiempien kokemusten ja näkemysten myötä. On ollut rikkaus keskustella yhdessä aiheesta ja pohtia prosessin etenemistä. Sisällön rajaaminen oli hyvin konkreettinen asia, joka vaati tarkkuutta. Aiheen sisältöön olisi tullut liian laajaa tarkastelua ilman selkeää rajausta. Vanhempia lähteitä oli suhteellisen hyvin käytettävissä. Olsimme kuitenkin halunneet käyttää uudempaa lähdemateriaalia, mutta sitä oli hyvin niukasti saatavilla.

Koko tutkimusprosessin ajan olemme työstäneet opinnäytetyötämme suurimmaksi osaksi yhdessä ja olemme kokoontuneet kirjoittamaan työtä ryhmänä. Meillä ei ole ollut selkeää työnjakoa, vaan olemme yhdessä miettineet ja kirjoittaneet työtämme sen edetessä. Olemme hyvin pystyneet sopimaan, kuka milloinkin hoitaa yhteydenpidon yhteistyötahojemme kanssa, eikä tästä ole tehty erikseen mitään työnjakoa. Mielestämme yhteistyö on sujunut moitteettomasti. Jokainen on antanut oman panoksensa työn tekemiseen sekä jokainen on tukenut toinen toistaan työn edetessä.

7.3 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla toteutettu tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksiltaan uskottava. Hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa tulee käyttää asianmukaisesti ja arvokkaasti muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Hyvän tieteen käytäntöihin kuuluu myös tutkimuksen suorittamisen kannalta merkityksellisten sidonnaisuuksien ja rahoitusten julkituominen asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Tutkimuksessamme pyrimme oikeudenmukaisuuteen ja rehellisyyteen kaikkia tutkimukseen osallistuvia kohtaan. Saatekirjeessä toimme esille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavalla on oikeus halutessaan keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa ja saada tietoa tutkimustuloksista. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt pysyvät anonyymeinä, ja opinnäytetyön raportista mistään kohtaa ei selviä tietoja, joilla vastaaja voitaisiin selvittää.

Aineiston säilytimme lukitussa paikassa, johon muilla kuin opinnäytetyön tekijöillä ei ollut pääsyä, kyselylomakkeisiin ei tullut vastaajien tunnistetietoja, sekä opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään tuhoamalla se asianmukaisesti tietosuoja huomioiden. Tutkittavat henkilöt eivät saa kokea, että heillä olisi velvollisuus osallistua tutkimukseen osana hoitosuhdetta, joten kysymyslomakkeiden saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Opinnäytetyössämme huolehdimme, että lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti omin sanoin kirjoittamaamme, lähteistä otettuun tekstiin. Koska kipsauksesta ja kipsattujen potilaiden kokemuksista löytyy hyvin vähän tutkimustietoa, olemme joutuneet käyttämään työssämme alan oppikirjallisuutta. Kipsaukseen liittyvät periaatteet ovat pysyneet samanlaisina jo pitkään, vaikka kipsimateriaaleja on tullut paljon uusia, joten koimme voivamme käyttää käyttämäämme kirjallisuutta opinnäytetyömme lähteinä. Tutkimuslupa haettiin Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöntekijöiden Johtajaylihoitajalta (LIITE 3).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tärkeimpiä kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, riippuvuus ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa, että tutkimuksen vaiheet, analysointi ja tulokset tuodaan selkeästi esille. Myös tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista kertominen lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Pyrimme esittämään tutkimustulokset selkeästi ja ymmärrettävästi sekä tuomme rehellisesti esille opinnäytetyön prosessin aikana vastaan tulleita vahvuuksia, heikkouksia ja haasteita.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei kuitenkaan ole yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena. Tutkimusraportista tulee löytyä tutkimuksen kohde ja tarkoitus, eli mitä ja miksi tutkitaan, oma sitoumus tutkimukseen, eli miksi tutkimus on tärkeä, miten aineisto on kerätty, millä perusteilla tutkittavat ovat valittu, miten tutkijoiden ja tutkittavien suhde toimi, tutkimuksen kesto, miten aineisto analysoitiin, tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus sekä miten tutkimus aineisto koottiin ja analysoitiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Teimme opinnäytetyömme ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti ja toimimme selkeästi esille tutkimusraportissa tarvittavat tiedot. Olemme tehneet työmme vilpittömästi ja rehellisesti pohjaten tutkimustuloksemme itse keräämäämme tutkimusaineistoon.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedon saanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Bakody, E. 2009. Orthopaedic plastercasting: nurse and patient education. Nursing Standard Volume 23(51), 49–56.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Ensimmäinen painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Grönqvist, M & Marttila, R. 2010. Potilaan saama ohjaus päivystyspoliklinikalla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/22941>. Viitattu 4.4.2018.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille. Duodecim 2005; 121: 1769–1973.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 1997. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Jokihaara, J. 2017. Ranteen vammat. Lääkäriin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

- Kröger, O., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. 2010. Traumatologia. 7. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Kuisma, J., Heikkilä, J & Kassara, H. 2009. Kipsihoidon perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö-lehti 6(4), 12–13.
- Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Tampere 2004. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y>. Viitattu 29.3.2018.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 24.2.2017.
- Laskimotukos ja keuhkoembolia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavissa: www.kaypahoito.fi. Viitattu 24.2.2017.
- Lipponen, K. 2005. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Saatavissa: <http://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>. Viitattu 4.4.2018.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Potilasturvallisuusopas. 2011. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Routasalo, P. Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf. Viitattu 2.4.2018.
- Saarelma, O. 2017. Tietoa potilaalle: Yläraajan vammat. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: www.terveysportti.fi. Viitattu 22.4.2018.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. Viitattu 19.4.2017.

Värttinäluun alaosan murtuma (rannemurtuma). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Fysiatriayhdistys ry:n, Suomen Käsikirurgiyhdistys ry:n ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. Saatavissa: www.kaypahoito.fi. Viitattu 18.4.2018

AVOIN KYSELY

1. Millaisena koit saamasi kipsihoidon ohjauksen riittävyyden?
2. Millaisena koit saamasi kipsihoitoon liittyvät kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet?

3. Miten koet/koit pärjääväsi kipsin kanssa kotona saamiesi kotihoito-ohjeiden avulla?

4. Millaista ohjausta kipsiin liittyen olisit toivonut saavasi?

Arvoisa vastaaja

Olemme Centria-ammattikorkeakoulun opiskelijoita, ja opiskelemme Kokkola-Pietarsaaren yksikössä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä, joka kuuluu osana koulutusohjelmaamme. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää millaista kotihoito-ohjausta murtuneen raajan kipsihoitoa tarvitsevat potilaat saavat päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena on kuvata potilaiden kokemuksia saadusta kotihoito-ohjauksesta päivystyspoliklinikalla ja tuottaa tietoa päivystyspoliklinikan henkilökunnalle, miten he voisivat kehittää suullisen ja kirjallisen potilasohjauksen laadua.

Opinnäytetyön aineisto kerätään Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä murtuneen raajan kipsihoitoa tarvitsevilta asiakkailta. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, joten henkilötietonne eivät tule missään vaiheessa esille. Kyselylomakkeet voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa kipsisalissa sijaitsevaan palautuslaatikkoon, yhteispäivystyksen hoitajalle tai vaihtoehtoisesti palautuspaikan osoitetiedoilla ja postimerkillä varustetussa kirjekuoressa postitse. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti paperisilppurilla tutkimuksen päätyttyä.

Valmis opinnäytetyömme ja tutkimustulokset julkaistaan Theseus-tietokannassa, jossa se on luettavissa julkisesti viimeistään joulukuussa 2018.

Vastaamme mielellämme tutkimustamme koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Kivioja Helmi

helmi.kivioja@cou.fi

Lounatjoki Noora

noora.lounatjoki@centria.fi

Sopo Anna

anna.sopo@centria.fi

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

3.11.2017

40 §

ASIA

Tutkimuslupa Lounatjoki Noora, Kivioja Helmi, Sopo Anna.
Päivystyksellisesti kipsatun luunmurtumapotilaan kokemuksia
saamastaan omahoidon ohjauksesta.

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja